

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THESE

N°

157

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Léon, Pierre, Marie GUEGUEN

Né le 1^{er} Mai 1915, à Gouesnou (Finistère).

Présentée et soutenue publiquement le

23 JUIN 1943

19

LES
ABCÈS DU DOUGLAS
POST-APPENDICULAIRES

Président : M. QUÉNU, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, Rue Deparcieux, 29

1943

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **GUEGUEN**

Prénom : **Léon, Pierre, Marie.**

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

GUEGUEN (Léon, Pierre, Marie).

— Les abcès du Douglas post-appendiculaires. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, *in-8°*, 56 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

GUEGUEN (Léon, Pierre, Marie).

— Les abcès du Douglas post-appendiculaires. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, *in-8°*, 56 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

GUEGUEN (Léon, Pierre, Marie).

— Les abcès du Douglas post-appendiculaires. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, *in-8°*, 56 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

GUEGUEN (Léon, Pierre, Marie).

— Les abcès du Douglas post-appendiculaires. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, *in-8°*, 56 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Léon, Pierre, Marie GUEGUEN

Né le 1^{er} Mai 1915, à Gouesnou (Finistère).

Présentée et soutenue publiquement le 19

LES

ABCÈS DU DOUGLAS

POST-APPENDICULAIRES

Président : M. QUÉNU, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, Rue Deparcieux, 29

1943



LE DOYEN BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUIVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	LIAN.
Pathologie expérimentale comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie ...	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LEVY-VALENSI
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CADENAT.
	MONDOR.
Clinique chirurgicale	QUENU.
	BROCC.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clavis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	DOGNON.
	HAZARD.
	JAYLE.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirur-cale.	DE GENNES	Pathologie médi-cale.
BARIETY	Pathologie médi-cale.	JOANNON	Hygiène
BESANCON Justin.	Hydrologie.	LACOMME	Obstétrique.
BONNET	Bactériologie	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médi-cale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médi-cale.	LELONG	Pathologie médi-cale.
BULLIARD	Histologie.	LEMAIRE	Pathologie expéri-mentale.
CACHERA	Pathologie médi-cale.	LENEGRE	Pharmacologie.
CORDIER	Anatomie.	Mlle J. LEVY	Pathologie médi-cale.
COSTE	Pathologie médi-gicale.	MARCHAL	Pathologie chirur-gicale.
JOUVELAIRE (Roger)	Urologie.	MIENEGAUX	Pathologie médi-cale.
DELARUE	Anatomie patholo-gique.	MOLLARET	Pathologie médi-cale.
DELAY	Pathologie médi-cale.	MOUQUIN	Pathologie chirur-gicale.
DESGREZ (H.)	Physique.	PATEL	Ophthalmologie.
DESOILLE	Médecine légale.	RENARD	Physiologie.
DIGONNET	Obstétrique.	RENARD	Pathologie chirur-gicale.
DOGNON	Physique.	RICHET	
FIEVRE	Pathologie chirur-gicale.	SICARD	Pathologie médi-cale.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie chirur-gicale.	SOULIE	Obstétrique.
GALLIARD	Parasitologie.	SUREAU	Pathologie médi-cale.
GARCIN	Pathologie médi-cale.	TURPIN	Pathologie chirur-gicale.
Mlle GAUTHIER-VILLARS	Anatomie patholo-gique.	WILMOTH	Pathologie médi-cale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVAL	Pathologie chirur-gicale.	HUGUENIN	Anatomie Patholo-gique.
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.	LE LORIER	Obstétrique.
GUENIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
SMITZ-BOYER	Pathologie chirur-gicale.	PIEDELIEVRE . .	Médecine légale.
		VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
BRULE		GATELLIER	
LAROCHE Guy		de GAUDART	
MOREAU		d'ALLAINES	
SHZARY		MOULONGUET	
		MOURE	

MM.	
ECALIE	Clinique obstétricale
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
N...	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
DECHAUME	Stomatologie
H...	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les options émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

*Vous souvenant, mon fils, que caché sous ce lin
Comme eux vous fûtes pauvre et comme eux, orphelin.*

(RACINE.)

A LA MEMOIRE DE MES PARENTS

A MA FEMME

A MON FRERE

A MA SŒUR

A MES BEAUX-PARENTS

A MES BELLES-SŒURS

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Professeur QUENU
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre

*Qui nous a fait le grand honneur de pré-
sider cette thèse.*

A Monsieur l'Abbé RAMON
Inspecteur de l'Enseignement du Diocèse de Quimper

*En reconnaissance de l'aide qu'il n'a
cessé de me porter et de l'affection qu'il
m'a toujours témoignée.*

A MES MAITRES
DE LA FACULTE CATHOLIQUE DE MEDECINE
DE LILLE

GENERALITES

Les collections suppurées du cul-de-sac du Douglas, qu'elles apparaissent et évoluent de façon monosymptomatique et pour leur propre compte ou qu'elles soient secondaires à une affection péritonéale de l'abdomen ou du petit bassin, constituent des affections bien banales, pour ne pas dire courantes en chirurgie générale ou en gynécologie. Leur étude semble bien cependant n'avoir pas suscité d'intérêt particulier, si l'on en juge par la pauvreté et le petit nombre de travaux et d'articles consacrés à cette question.

Comment s'étonner dès lors que tout, dans leur histoire clinique, dans leur symptomatologie et leur thérapeutique reste bien souvent flou et obscur? Nous n'avons pas, certes, la prétention d'en faire une monographie complète et définitive, mais à l'occasion d'un cas récent observé, nous voudrions faire une mise au point d'une partie de cette importante question, qui en constitue certainement la part la plus importante : à savoir les abcès du Douglas survenant après l'appendicectomie.



Le sujet est vaste, et peut paraître mal limité : c'est pourquoi nous donnerons tout d'abord quelques précisions sur ce que nous avons l'intention d'étudier.

Nous envisagerons dans cette thèse :

1° Les abcès et collections du cul-de-sac du Dou-

glas, à l'exclusion de toute autre localisation abdominale et pelvienne.

2° Les abcès survenant après appendicectomie, donc uniquement chirurgicaux, l'intervention ayant été pratiquée à *chaud*.

3° Les collections survenant aussi bien chez les malades chez lesquels avaient été constatée ou non une réaction généralisée ou localisée : c'est-à-dire chez lesquels après l'appendicectomie, on avait, selon le cas, été amené à pratiquer ou à éliminer le drainage opératoire.

4° Mais ces réserves ayant été faites, il sera bien entendu que toutes les variétés anatomiques d'appendicite seront envisagées et que nous ne limiterons pas notre sujet à la seule appendicite pelvienne.



Ces abcès du Douglas, « abcès résiduels » sont intéressants à étudier à plus d'un point de vue et nous envisagerons successivement :

1° leur étiologie;

2° leur anatomie pathologique;

3° leur symptomatologie : tantôt nette, tantôt si frustre que l'on doit systématiquement la rechercher;

4° leur thérapeutique : c'est là d'ailleurs que réside l'intérêt essentiel de cette thèse, la thérapeutique des collections post-appendiculaires du Douglas étant aussi bien une thérapeutique préventive que curative.



Si cette étude nous a paru en effet devoir retenir notre attention, c'est parce que :

— au point de vue étiologique, leur étude nous

permettra de connaître un certain nombre de causes d'erreur contre laquelle le chirurgien pourra lutter efficacement : l'absence de drainage en particulier ;

— au point de vue symptomatologique, leur connaissance parfaite permettra de les guérir avant qu'ils ne se soient manifestés spontanément par leur ouverture naturelle : ici encore les graves accidents, mortels parfois, pourront être évités ;

— au point de vue thérapeutique surtout, ne pas méconnaître leur existence, leur possibilité nous conduira à une technique préventive ou curative à ne pas négliger.

Nous verrons combien cette thérapeutique doit retenir notre attention.

ETIOLOGIE

Bien que leur bibliographie soit restreinte, bien que leur intérêt ne semble pas avoir souvent été soulevé, les collections suppurées du Douglas post-appendiculaires, n'en constituent pas moins une entité anatomique et clinique fort courante.

Certes, il s'agit là d'une simple complication post-opératoire, certes leur traitement est en général facile, sinon nul; pourtant la possibilité où l'on est dans certains cas de les prévenir, la gravité que peuvent revêtir certaines formes ne doivent pas les faire prendre à la légère.

FRÉQUENCE

C'est Grey TURNER qui, en 1906, dans le *The practitioner*, donne la première statistique concernant cette affection : sur 500 cas d'appendicites aiguës opérées à chaud, il est constaté 2 % d'abcès du Douglas résiduels.

SIERRO, en 1928, dans une statistique portant sur 250 péritonites appendiculaires, donne également une proportion de 2 % d'abcès du Douglas.

Enfin, MULLIVER en trouve 5 cas sur 583 appendicites aiguës opérées, soit 1 %.

En résumé, selon les auteurs qui, tantôt prononcent le mot d'appendicite aiguë, tantôt spécifient qu'il s'agit nettement de péritonite généralisée d'origine

appendiculaire, il faut compter sur une proportion de 1 à 2 % de cas compliqués d'abcès du Douglas.

Cette fréquence n'est donc pas négligeable.

AGE

La notion d'âge a été abondamment discutée. Pour certains auteurs, ce serait une complication de l'enfant; pour VIGNES, au contraire, on la verrait à tout âge.

Un coup d'œil sur les observations que nous avons recueillies et qui ont été prises au hasard, nous montrera que l'enfant ou l'adulte jeune semblent plus particulièrement prédisposés.

SEXE

C'est une notion qui ne nous retiendra pas, les abcès du Douglas étant en égale fréquence chez l'homme et chez la femme.

Tout au plus, dirons-nous que le diagnostic et le traitement d'une collection du Douglas seront plus aisés, plus rapides, et d'un pronostic plus bénin par voie vaginale que par voie rectale.

PRÉCOCITÉ OPÉRATOIRE

C'est, à notre avis, un des points principaux à retenir : *les collections surviennent presque uniquement chez les malades chez lesquels l'opération a été différée* : de deux à trois jours en moyenne, parfois de cinq jours ou plus, comme nous l'avons retrouvé dans quelques observations.

La politique de « l'attentisme », pour employer une expression à la mode, se révèle en général comme désastreuse en cas d'appendicite aiguë, soit en transformant en aiguë une forme subaiguë, soit en rendant

péritonéale une affection d'abord localisée, soit en permettant la gangrène ou la perforation d'un appendice primitivement uniquement congestionné.

Et nous n'insisterons pas sur toutes les erreurs que peut occasionner un « traitement médical » d'appendicite aiguë.

LÉSIONS ANATOMIQUES

Nous nous sommes posés plusieurs questions et nous nous sommes efforcés d'y répondre :

a) *Le siège de l'appendice a-t-il un rôle dans la genèse de l'abcès?* autrement dit un appendice de par son siège pelvien ou iléopelvien aura-t-il plus de chances de se compliquer d'abcès du Douglas? Nous ne le croyons pas. puisque sur 19 observations retenues, nous avons retrouvé :

- appendice rectocæcal. 3 cas;
- appendice libre (abdominal), 7 cas;
- appendice iléopelvien, 1 cas;
- appendice latéro-cæcal. 4 cas;
- appendice pelvien, 4 cas.

Il semble donc que, quelle que soit la variété anatomique, l'abcès se formera dans le Douglas parce que c'est là le point déclive et non parce que c'est la cavité la plus proche du siège de l'appendice.

b) *L'état de l'appendice* a une importance beaucoup plus grande et celui-ci dépendra d'ailleurs en partie de la précocité opératoire : dans tous les cas où se formera un abcès du Douglas, on aura retrouvé au cours de l'intervention des appendices sphacélés, gangrénés, perforés parfois avec issue de calculs stercoraux, que ces lésions siègent à la pointe, sur le corps ou à la base de l'organe.

A plus forte raison, quand l'appendice lésé siège

au milieu d'un abcès formé par un agglutinat d'anses et de péritoine nécrosé et gangréné et que son extirpation n'aura pu être effectuée (voir obs. XIII); en dehors de la gravité que présente une telle abstention au point de vue général et péritonéal, le fait de mécher une région appendiculaire, sans pratiquer l'appendicectomie expose à toutes les possibilités des collections purulentes.

c) *L'état du péritoine*, qui découle en partie de la date opératoire et de l'état appendiculaire, est un facteur de première importance et tous les auteurs sont d'accord sur ce point.

Reprenons les statistiques de VIGNES : sur 18 cas rapportés, il a toujours retrouvé une réaction péritonéale :

— dans 4 cas, réaction légère à liquide péritonéal clair;

— dans 8 cas, péritonite franche, à liquide purulent;

— dans 4 cas, péritonite à liquide fétide.

ABSENCE DE DRAINAGE

C'est avec l'attentisme une des deux grandes causes classiques de formation d'abcès du Douglas: le raisonnement est simple : « L'absence de drainage, son insuffisance, la précocité de son ablation expliquent la rétention purulente et la formation progressive d'une collection résiduelle. »

Nous nous étendrons plus longuement, au traitement, sur cette importante question du drainage, mais dès maintenant nous ferons des réserves sur cette opinion courante que nous rapportons ci-dessus.

1° Tout d'abord, il est des malades fort correctement drainés, et qui font néanmoins des abcès du Douglas.

2° Il en est d'autres qui, bien qu'en état de périto-

nite généralisée, ne sont pas drainés et ne font jamais de complications, et ne faut-il pas rappeler à propos cette opinion d'OMBREDANNE, d'ailleurs à peu près complètement abandonnée, qui préconisait chez l'enfant la fermeture sans drainage de toute appendicite, quelles que soient les lésions péritonéales retrouvées.

3° Il existe enfin des malades chez lesquels même une exploration minutieuse ne révèle pas d'abcès et qui, pourtant, sont porteurs d'abcès « préformés méconnus ». Une exploration minutieuse de tout l'abdomen, un drainage intempestif ne seraient-ils pas sans dangers?

*
**

Pour nous résumer, les collections post-appendiculaires suppurées du Douglas peuvent reconnaître pour étiologie, des causes nombreuses et diverses : mais il semble que deux doivent être placées au premier plan :

— le retard à l'intervention qui conditionne en partie les lésions appendiculaires et péritonéales;

— le drainage dont les erreurs de mise en place peuvent créer la rétention purulente.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous serons brefs sur ce chapitre : nous avons vu précédemment les lésions que l'on peut retrouver sur l'appendice, les différents types anatomiques et les différentes positions où l'on peut retrouver celui-ci.

Il nous reste à envisager l'abcès en lui-même.

C'est, nous l'avons vu, l'abcès du Douglas, et uniquement celui-ci, à l'exclusion de toutes les autres variétés appendiculaires rétrocaëcales, abdominales ou abdominopelviennes, que nous aurons en vue.

1° LES ABCÈS. — Ils peuvent avoir tous les degrés possibles dans leur siège, leur volume, leur forme.

Tantôt ils occuperont la presque totalité de la cavité pelvienne, tantôt au contraire, ils ne seront constitués que par une quantité faible de pus, et seule la réaction plastique est importante.

La plupart du temps, ils sont remplis d'un pus épais, jaune verdâtre, bien lié, d'odeur fétide, fécaloïde, si caractéristique des abcès à collibacilles. Quelquefois, mais rarement, ils ont un aspect gangréneux.

Les abcès n'ont pas de parois propres : celles-ci sont faites des organes avoisinants, les parois du petit bassin en bas, les anses intestinales agglutinées en haut, parfois de l'épiploon, lorsqu'il remonte jusqu'à l'ombilic, de fausses membranes et d'exsudats fibreux enfin.

Leur cavité est irrégulière, anfractueuse, se pro-

longe par des diverticules qui fuient entre les anses limitrophes.

2° EVOLUTION DES ABCÈS. — L'évolution de ces abcès est fort intéressante au point de vue anatomique.

Au fur et à mesure qu'ils évoluent vers la maturité et augmentent de volume, les parois s'amincissent pour finir par se rompre : tantôt dans un organe voisin, rectum ou vagin, c'est là l'évolution la plus fréquente; tantôt dans la grande cavité abdominale, c'est une éventualité rare, mais très grave, que l'on doit tout faire pour éviter.

Parfois, au contraire, spontanément ou sous l'influence du traitement, l'abcès se résorbe spontanément, laissant derrière lui une réaction plastique importante, extrêmement dure, réalisant l'aspect d'un phlegmon ligneux, de résorption extrêmement lente. On pourra d'ailleurs retrouver cette réaction à titre résiduel, après un abcès correctement incisé, ou ouvert spontanément ou encore dans les petits abcès multiples à grosse réaction plastique.

3° L'INTESTIN. — Enfin l'intestin peut être le siège de lésions importantes : les brides et les coudures qui résultent des dispositions anatomiques de l'abcès déterminent des rétrodilatactions des anses grêles telles que, parfois, le tableau de l'occlusion intestinale est réalisé.

D'autre part, après évacuation d'un volumineux abcès, il peut se produire un affaissement de la voûte, c'est-à-dire de l'agglutinat d'anses grêles, d'où possibilité d'occlusion ou de péritonite généralisée par réensemencement de la grande cavité : nous en avons eu connaissance d'un cas, dont malheureusement nous n'avons pu retrouver l'observation détaillée.

Pour nous résumer, disons que toutes les lésions ci-dessus existent rarement à l'état isolé, mais qu'au contraire elles s'intriquent en général étroitement si bien que chez le même sujet peuvent se voir : des parties du péritoine saines ou avec réaction banale de liquide citrin, des portions de péritoine hyperémié, congestionné, lardacé, des anses saines, d'autres dilatées, vermissées, recouvertes de fausses membranes, enfin un abcès du Douglas.

SYMPTOMATOLOGIE

Les abcès du Douglas, bien qu'ils viennent se greffer sur une appendicite aiguë ayant nécessité une intervention à chaud, n'en évoluent pas moins pour leur propre compte et ont ainsi leur symptomatologie propre.

Leur évolution est cyclique, régulière, ce qui permet de lui envisager trois stades bien distincts.

I. — PHASES DE CONSTITUTION

C'est en général après une période de mieux absolu ou relatif que se constituent les abcès du Douglas résiduels.

L'intervention a eu des suites d'abord favorables dans les jours qui viennent immédiatement après.

La température descend parfois jusqu'à la normale et ceci rapidement; le pouls est calme, bien frappé: le malade reprend bon aspect général. Localement, l'abdomen est souple, non douloureux; le cours des gaz et des matières est rétabli normalement; en un mot, c'est un opéré à qui souvent tous les drains et les mèches sont enlevés parce qu'ils ne « donnaient plus ». On a même repris une alimentation prudente.

Et dans ce tableau favorable vont apparaître de petits signes souvent discrets, souvent suffisamment

alarmants pour que l'on songe immédiatement à la complication.

Vers le 10^e ou 12^e jour, avec une précision presque mathématique, en tout cas dans une période qui s'étend du 5^e au 18^e jour, pour donner les deux dates extrêmes constatées, vont apparaître :

1° En général, des SIGNES GÉNÉRAUX.

C'est tout d'abord l'état général qui est atteint. Le malade ne se sent pas bien, ne retrouve pas son appétit : son faciès s'altère, sa température remonte, parfois relativement peu, mais avec des crochets qui font craindre une suppuration, mais si l'on examine l'abdomen on ne trouve rien.

2° Quelquefois, ce sont des SIGNES LOCAUX : un toucher rectal pratiqué au cours d'un pansement montre la collection qui se constitue : ce n'est pas une éventualité fréquente.

3° Souvent ce sont des SIGNES D'OCCLUSION ou d'OBSTRUCTION intestinale qui attirent l'attention.

Certes, il ne s'agira qu'exceptionnellement de l'occlusion aiguë indiquant immédiatement la réintervention par voie abdominale, mais ce sera bien plus souvent une obstruction vague.

Le malade présente un léger ballonnement abdominal, quelquefois un peu douloureux, il va mal à la selle, n'émet pas de gaz.

Ces signes sont discrets parfois, on les recherche car il n'y a pas de douleurs vives, pas de coliques traduisant une lutte du péristaltisme intestinal. Mais ils sont tenaces et toute la petite médication courante, les lavements hypertoniques, les suppositoires ou les injections classiques n'en viennent pas à bout.

4° Enfin ce peuvent être les SIGNES VÉSICAUX qui dominent cette phase de constitution : la dysurie est assez prononcée, le malade éprouve une gêne à émet-

tre des urines peu abondantes, foncées, qui ne sont pas purulentes.

En présence de l'un quelconque de ces symptômes, l'on est tenté tout d'abord de rechercher l'incident abdominal : l'abcès résiduel, la bride de péritonite plastique : mais les examens sont absolument négatifs.

L'on doit immédiatement pratiquer le toucher rectal : celui-ci permet de redresser le diagnostic hésitant : dès ce stade, on sent un empâtement plus qu'une masse nette ; cet empâtement qui commence à bomber dans le rectum est douloureux à la palpation dans les premiers jours. Chez la femme, des renseignements précieux pourront être donnés par le toucher vaginal : les signes sont au niveau du cul-de-sac postérieur.

II. — PHASES D'ÉTAT

Parfois, l'abcès vu très au début va surtout lorsqu'il est peu étendu, pouvoir se résorber spontanément ou sous l'influence du traitement médical : lavements chauds, vaccinothérapie.

En général, il va se collecter : la constitution d'une masse précise et son ramollissement demandent un temps très variable : parfois, dès le premier toucher, les lésions sont évoluées, la masse est grosse et fluctuante. Le plus souvent l'évolution est lente et demande de dix à vingt jours.

Toute cette période est dominée par l'importance des symptômes que nous avons étudiés plus haut : parfois, le tableau est au complet ; parfois un signe prédomine sur les autres.

D'une façon générale, c'est l'état général qui est le plus atteint : le malade est nettement amaigri, le faciès, celui d'un infecté, la langue chargée. L'anémie est totale.

La température est largement oscillante. Enfin l'hyperleucocytose traduit bien cette suppuration profonde.

Le toucher rectal ou vaginal qu'il faudra parfois pratiquer à plusieurs jours de distance pour trouver l'abcès collecté permet de découvrir la masse, bombant dans le rectum : c'est une masse arrondie, inflammatoire, mais non douloureuse, plus ou moins fluctuante, parfois de consistance pâteuse, parfois liquidienne semblant séparée du doigt rectal par une paroi d'une minceur impressionnante.

A ce stade qui survient au plus tard le vingtième jour qui suit l'appendicectomie l'abcès est collecté : son évolution va être des plus variables.

III. — EVOLUTION

Il faut envisager plusieurs possibilités :

1° Le plus souvent l'évolution se fera vers l'*ouverture spontanée vers le rectum* : après quelques jours de fièvre bouillante, de nouveaux signes vont apparaître, traduisant la fissuration prochaine : tenesme rectal, épreintes, pseudodiarrhée avec évacuation de selles glaireuses abondantes qui traduisent ce que l'on a convenu d'appeler la *rectite glaireuse*. En même temps, on retrouve au toucher un œdème localisé de la muqueuse rectale épaisse, indurée, fixée. Au bout de deux à trois jours survient une douleur violente pelvienne avec émission d'une grosse quantité de pus extrêmement fétide.

En réalité, l'ouverture est habituellement moins brutale et il s'agit plus souvent d'une fissuration lente de l'abcès dont le contenu s'écoule et se perd dans les selles glaireuses.

2° Dans d'autres cas, l'ouverture pourra se faire :

- soit dans la *vessie* avec pyurie et cystite suivies d'une fistule vésicale persistante nécessitant un traitement ultérieur : c'est là une évolution rare.
- soit dans la *grande cavité péritonéale*. C'est une évolution rare du moins chez l'adulte, car nous avons retrouvé une observation chez l'enfant où l'abcès du Douglas a pu être vidé par la plaie abdominale. C'est une évolution grave qui peut occasionner une péritonite généralisée gangréneuse rapidement mortelle.

3° Dans certains cas, l'on va assister à une *résorption spontanée*, à un encapsulement progressif au milieu d'un bloc fibreux.

Petit à petit les phénomènes généraux vont s'amender, les signes rectaux se dissiper, l'appétit revenir, l'amaigrissement disparaître.

4° Parfois de graves *complications* vont survenir, telle l'*occlusion intestinale aiguë* : il faut savoir qu'en présence de celle-ci on devra avant tout rechercher l'abcès du Douglas, une incision d'un tel abcès étant souvent suffisante à guérir une occlusion que l'on serait tenter d'opérer par laparotomie.

5° Enfin évolution courante, au même titre que l'évacuation spontanée : l'abcès s'est mal fistulisé ou incomplètement ; ou bien il n'y a aucune tendance à la fistulisation spontanée : la masse grossit et l'on craint une rupture péritonéale ; les signes généraux sont sérieux : autant d'indications à une *intervention* : incision et drainage corrects : c'est là une intervention rapide, sans gravité, et radicale quant à ses résultats.



Une complication rare mais grave de l'évolution de ces abcès de Douglas, qu'ils s'ouvrent spontanément

ou qu'on intervienne chirurgicalement, c'est l'effondrement de la masse des anses intestinales agglutinées avec comme conséquence, communication de l'abcès avec la grande cavité générale : il faudra drainer le péritoine.

PRONOSTIC

Le pronostic des abcès du Douglas résiduels après appendicectomie à chaud est en général très favorable.

L'abcès, nous l'avons vu, se produit assez régulièrement vers le 10^e jour : c'est dire que si un malade qui, à la suite d'une appendicite grave, aura souvent péritonite, septicémie ou toxémie, a pu résister déjà pendant dix jours, il aura toute chance de supporter cette nouvelle complication qui n'est somme toute, qu'un incident dans l'évolution d'une appendicite grave.

A étudier les dossiers, on constate que si dans les suites opératoires d'une appendicite au cours de laquelle on a retrouvé un abcès du Douglas, il se produit un exitus, celui-ci devra bien plutôt être attribué à une autre complication qu'à l'abcès : à une occlusion intestinale, à une toxémie due à la présence de l'appendice non enlevé.

La plus grosse erreur consisterait à ne pas reconnaître l'abcès en train de se former et à ne pas le traiter. Nous pouvons donc admettre que le pronostic est relativement bénin de ces abcès post-appendiculaires.

TRAITEMENT

C'est certainement le traitement qui constitue le point le plus intéressant de la question des abcès du Douglas post-appendiculaires : c'est en tout cas celui qui a retenu au maximum l'attention des auteurs.

Comment éviter de telles complications à l'appendicite aiguë? Comment les traiter quand on a pu les éviter? Ce sont ces deux questions auxquelles nous essaierons de répondre.

I. — THERAPEUTIQUE PREVENTIVE

Il est un premier point sur lequel il nous paraît superflu d'insister : c'est la nécessité d'arriver au diagnostic précoce suivi de l'opération immédiate en présence de toute appendicite aiguë, ce qui permettra au chirurgien d'intervenir avant toute diffusion de l'infection : c'est encore là le moyen prophylactique le plus sûr pour éviter ultérieurement des complications.

Mais cette diffusion infectieuse constituée, il n'existe qu'un moyen d'en limiter les dégâts, c'est le drainage : celui-ci a été très discuté; depuis les auteurs qui ne drainent jamais jusqu'à ceux qui drainent toujours en passant par ceux qui drainent de telle ou telle façon ou dans tel ou tel cas.

Examinons successivement :

— les drainages à notre disposition;

- les inconvénients du drainage;
- ses indications.

A. — LES MÉTHODES DE DRAINAGE.

Très schématiquement, VIGNES les divise en quatre catégories.

1° Le *drainage tubulaire* au moyen du drain en caoutchouc et que les auteurs placent : les uns au point déclive utilisant ainsi la force de la pesanteur, les autres au niveau de la plaie abdominale se basant sur le rôle de la pression abdominale positive.

2° Le *drainage capillaire* qui aspire les liquides sans pression, à la façon d'une mèche de lampe : dans cette catégorie se rangent les mèches simples et le fameux Mickulicz.

3° Le *drainage mixte* dont le type est réalisé par les « drains cigarettes » ou drain de Goldmann.

4° Le *drainage filiforme*, aujourd'hui abandonné.

B. — LES INCONVÉNIENTS DU DRAINAGE.

Un drainage systématique n'est pas sans inconvénients et ceux-ci ne doivent pas être perdus de vue :

1° la mise en place d'un Mickulicz dans la fosse iliaque droite peut amener une importante suppuration pariétale et même parfois une éviscération post-opératoire d'une extrême gravité. En tout cas, elle laisse souvent de grosses adhérences intestinales dangereuses;

2° le drainage du Douglas est toujours aussi une manœuvre dangereuse : des ulcérations des gros vaisseaux ont été signalées même avec l'emploi de « drains habillés »;

3° on a vu également le drainage provoquer des occlusions intestinales plus ou moins tardives par brides ou adhérences;

4° gros ennui du drainage également que celui qui réside dans l'inefficacité rapide d'un drainage peu après sa pose : celui-ci « fait bouchon » ;

5° l'ablation du drainage est indirectement une cause d'abcès, surtout si on l'enlève trop tôt ;

6° enfin les manipulations longues et complexes au cours d'une appendicectomie, les drainages multiples sont dangereux car ils risquent de disséminer une infection localisée, d'essaimer dans les zones saines.

C. — LES INDICATIONS DU DRAINAGE.

Il n'en reste pas moins vrai que les drainages ont sauvé une multitude de vies humaines et qu'il ne saurait être question de les abandonner, ni même d'en réduire les indications.

VIGNES distingue trois catégories spéciales selon le début des lésions et des lésions trouvées :

1° Appendice non perforé. Lésion récente :

Schématiquement on ne draine pas : s'il y a quelques gouttes de liquide citrin, on l'assèchera au tampon ;

2° Abcès appendiculaire : il faut drainer sans discuter ;

3° Appendice perforé avec péritonite généralisée datant de plus de quarante-huit heures :

Il faudra faire un large drainage aussi bien de la région appendiculaire que du cul-de-sac de Douglas.

Il est bien entendu qu'entre ces trois catégories tous les intermédiaires sont possibles : ce sera au chirurgien à savoir être éclectique.

Une dernière question est à envisager : celle du temps pendant lequel le drainage devra être laissé ; là aussi il faudra être éclectique.

II. — THERAPEUTIQUE CURATIVE

En dehors de l'évolution vers l'ouverture spontanée que l'on favorisera par les traitements médicaux appropriés, deux techniques sont en présence :

1° l'incision par voie haute, par voie abdominale est théoriquement contre-indiquée, puisqu'elle risque l'inoculation de la grande cavité péritonéale;

2° la voie basse, la plus fréquemment employée. Deux procédés d'incisions par voie basse sont courants : la colpotomie postérieure, la rectotomie.

Nous n'indiquerons que pour mémoire les autres incisions basses : voie prérectale de Mauclaire, et procédé de Fulerton.

III. — THERAPEUTIQUE DES COMPLICATIONS

Deux complications sont à craindre :

1° L'occlusion intestinale aiguë que l'on traitera selon les cas :

soit par incision de l'abcès;

soit par fistulisation du grêle;

soit par laparotomie et libération des anses agglutinées.

2° La fistulisation du trajet d'évacuation : elle est rare, mais peut se voir : il faudra attendre la cessation de tout phénomène inflammatoire avant d'en commencer la cure.



En résumé, tous les points de la question si importante du traitement des abcès du Douglas post-appendiculaires peuvent se résumer ainsi :

Les abcès résiduels ne sont ni très fréquents, ni très graves : au lieu de chercher à les éviter par un drainage souvent dangereux, il suffira de les soupçonner à la première élévation thermique, au premier signe de dysurie ou d'obstruction intestinale. S'ils ne guérissent pas seuls, une simple incision suffira pour amener la guérison.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*Inédite*)

(due à l'obligeance du Docteur BOUTEAU).

M. R..., 33 ans, employé de bureau, est pris assez brusquement le samedi soir d'une douleur assez vive abdominale mais mal localisée, accompagnée de diarrhée. Il attribue cette crise à l'intoxication due à l'ingestion de charcuterie la veille et se couche.

Mais à minuit la douleur est devenue très vive, en barre au niveau de l'ombilic. Les vomissements et la diarrhée sont abondants.

La température s'élève brusquement à 39°, puis 40°.

Un médecin consulté dans la journée du dimanche fait mettre de la glace sur le ventre et ordonne des suppositoires calmants.

Dans la nuit du dimanche au lundi vers 1 heure du matin les douleurs reprennent extrêmement violentes, intéressant tout l'abdomen, sans siège précis.

Le malade est transféré à 7 heures du matin à l'hôpital Cochin.

Antécédents. — On note dans les antécédents du malade une crise semblable, il y a deux ans environ, ayant duré vingt-quatre heures et calmée spontanément. L'intervalle entre les deux crises est absolument silencieux.

Il n'y a rien d'autre à retenir dans les antécédents personnels ou collatéraux du malade.

Examen à l'entrée dans le service. — On se trouve en présence d'un malade extrêmement fatigué, à la respiration courte et superficielle, au nez pincé, au teint nettement subictérique.

La température est à 40°8, le pouls à 120. les urines rares, très foncées.

L'abdomen, à un examen superficiel, paraît normal : il n'est pas ballonné, il présente des mouvements respiratoires relativement amples.

La palpation donne l'impression d'une défense musculaire généralisée mais peu intense : ce n'est pas un ventre de bois et on peut même le déprimer assez facilement au niveau de la fosse iliaque gauche, ce qui réveille une douleur à droite.

La fosse iliaque droite, la région paraombilicale par contre sont douloureuses et ne se laissent pas palper facilement : mais la douleur réveillée ne semble pas vive, mais plutôt bien profonde.

La région hépatique ne donne aucun symptôme intéressant à retenir. La palpation de la fosse lombaire doit réveiller par contre la douleur très nettement.

Le toucher rectal est négatif.

L'examen général ne révèle aucun autre symptôme.

En somme, c'est le diagnostic d'appendicite qui est posé, mais très hésitant : appendicite vraisemblablement retrocæcale, avec réaction péritonéale généralisée et annexée à une phase tardive d'intoxication aiguë comme le révèle le subictère.

Intervention le lundi 11 heures (Docteur BOUTEAU), anesthésie générale, au protoxyde.

Incision de Mac Burney un peu haute et un peu externe, en plein muscle grand oblique, se réservant ainsi la possibilité d'un agrandissement vers le haut en cas bien improbable de lésions hépatiques.

A l'ouverture du péritoine, qui est rouge et tendu, il s'écoule du pus en abondance.

On extériorise avec difficulté la région cœcale perdue au milieu d'un gros abcès et adhérent aux parois par de nombreux voiles. Section du ligament pariéto-colique.

L'exploration au doigt montre que l'appendice très gros est rétro-cæcal et sous-hépatique. Appendicectomie rétrograde, aucun enfouissement du moignon.

On libère de proche en proche l'appendice que l'on finit par extérioriser : il est gangréné, perforé en sa partie moyenne, très volumineux et long. On explore le Douglas avec un tampon monté et on le draine.

On place un Mickulicz dans la cavité rétro-cæcale. On ne fait aucune fermeture.

Soins post-opératoires classiques : sérum, sérum antigangréneux, glace sur le ventre.

SUITES OPÉRATOIRES. — La température descend de 40°8 à 37° en une huitaine de jours. Il se fait un écoulement de pus assez abondant les deux premiers jours.

On commence à extérioriser le Mickulicz le 4^e jour et le 8^e jour sac et drain sont enlevés.

Mais les suites ne sont pas très favorables : il se forme à la partie supérieure de la plaie une petite fistule stercorale, la diarrhée est abondante, obligeant à donner des doses assez fortes d'opium. Le malade est fatigué, malgré l'insuline qu'on lui injecte. La température oscille aux environs de 38°.

Le 15^e jour la fistule stercorale est fermée.

Il ne s'écoule plus de pus par la plaie, mais le malade accuse quelques troubles intestinaux, douleurs, léger ballonnement et surtout des troubles dysuriques extrêmement nets.

Le toucher rectal montre la formation d'un abcès : la formule sanguine donne 17.000 G.B. avec 82 % de polynucléaires.

Le 21^e jour, le tableau est le même, la température n'est jamais montée au-dessus de 38°, le toucher rectal montre un énorme abcès du Douglas qui bombe dans le rectum.

Sousanesthésie générale, on pratique une rectotomie.

Il s'écoule une énorme quantité de pus bien lié, extrêmement fétide (1 litre 1/2).

Amélioration immédiate notable, puis au bout de quelques jours, réélévation thermique, douleur hypogastrique: ces signes cessent en quarante-huit heures à la glace.

Le malade sort un mois après son admission, convalescent. La plaie n'est pas tout à fait fermée: la formule sanguine ne donne déjà plus que 12.000 G.B., avec 67 % de polynucléaires. Les suites furent simples: après nitrage des plans musculaires, la fermeture se fit rapidement.

La convalescence fut rapide.

Revu un mois après, le malade a repris son poids normal. La paroi adhodminale est solide: il n'y a aucun point de faiblesse.



En somme, il s'agissait d'une appendicite rétrocaecale, ayant déterminé une péritonite généralisée et qui ne fut opérée qu'à la 40^e heure.

L'intoxication profonde due certainement au retard apporté à l'intervention a dominé de bout en bout le tableau clinique, masquant les signes cliniques avant l'intervention, masquant les signes généraux au moment de la formation de l'abcès.

OBSERVATION II (Résumée)

(in DECOUX et PATOIR).

Appendicite datant de trois jours (malade de 17 ans).

Péritonite généralisée, appendice gangréné et perforé en position abdominale.

Appendicectomie et drainage à la Mickulicz.

Le 13^e jour réascension thermique et apparition d'une collection qui s'évacue spontanément le 18^e jour.

Convalescence et guérison rapides.

Sortie le 30^e jour.

OBSERVATION III (*Résumée*)

(in DECoux et PATOIR).

Appendicite datant de trois jours (malade de 7 ans).

Péritonite généralisée, appendice gangréné, en position abdominale.

Appendicectomie et drainage par deux grosses mèches.

Le 10^e jour, ablation des mèches, mais réascension thermique et apparition de dysurie et d'un syndrome occlusif. Grave atteinte de l'état général.

Evolution vers une débâcle glaireuse et purulente qui est suivie d'une reprise de l'état général.

Deux mois après, guérison totale.

OBSERVATION IV (*Résumée*)

(in Thèse de VIGNES).

Appendicite datant de trois jours chez un enfant de 10 ans.

Pas de péritonite généralisée, appendice non gangréné, la position basse.

Appendicectomie, petit drainage (une compresse).

Six jours après, l'état général est mauvais, la température oscillante; le toucher rectal décelle une collection du Douglas.

Celle-ci est évacuée par l'incision d'appendicectomie.

Un mois après, guérison.

OBSERVATION V (*Résumée*)

(in TURNER : *The practitioner* (1906).

Appendicite aiguë datant de trois jours (malade de 28 ans).

Péritonite localisée, appendice latéro-cæcal.

Appendicectomie : petit méchage et Mickulies. (Aspiration de liquide clair dans la plaie.)

Le 12^e jour, apparition d'un syndrome d'obstruction intestinale subaiguë.

Le toucher rectal montre un abcès du Douglas qu'on ponctionne; amélioration immédiate.

Il n'y eut jamais d'ascension thermique au-delà de 37°7.

OBSERVATION VI (*Résumée*)

(in SIERRO : *Lyon Chirurgical*).

Appendicite aiguë datant de quinze heures chez un malade de 17 ans.

Péritonite localisée : appendice sous-cæcal perforé.

Appendicectomie sans drainage.

Seize jours après, apparition d'un abcès du Douglas ouvert par rectotomie.

Puis apparition d'une obstruction intestinale qui traduit la formation d'un deuxième abcès ouvert par laparotomie sous-ombilicale.

Guérison en 1 mois 1/2.

OBSERVATION VII (*Résumée*)

(in *Thèse* de VIGNES).

Appendicite subaiguë chez une femme de 45 ans.

Péritonite généralisée et appendice sphacelé à l'ouverture du ventre.

Appendicectomie difficile et Mickulicz.

Le 12^e jour, l'ablation de la dernière mèche est suivie de phénomènes subocclusifs et dysuriques, puis de la formation d'un abcès qu'on ouvre par colpotomie.

Guérison.

OBSERVATION VIII (*Résumée*)

(in BÉRARD et PATEL).

Appendicite aiguë datant de quatre jours chez un garçon de 17 ans.

Péritonite généralisée, appendice rétro-cæcal ulcéré et perforé à sa base : issue d'un calcul stercoral.

Appendicectomie et large drainage sans la fermeture de la paroi.

Apparition de phénomènes occlusifs et douloureux dans les six jours qui suivent l'intervention.

Le toucher rectal révèle la formation d'un volumineux abcès que l'on incise le 10^e jour par rectotomie.

Guérison au bout d'un mois et demi.

OBSERVATION IX (*Résumée*)

(in SIERRO : *Lyon Chirurgical*).

Appendicite datant de sept jours chez un sujet de 55 ans.

Péritonite généralisée et appendice gangréné en position abdominale libre.

Appendicectomie et drainage pendant quinze jours.

Quinze jours après, au moment de l'ablation des drains, réascension thermique et formation en cinq jours d'un abcès du Douglas qu'on ponctionne.

Guérison.

OBSERVATION X (*Résumée*)

(in *Thèse* de JAY-Y-RUIZ).

Appendicite aiguë datant de trois jours chez un enfant de 13 ans.

Péritonite généralisée et appendice non gangréné.

Appendicectomie : drainage de la région appendiculaire et drainage du Douglas par contre-incision médiane sous-ombilicale.

Douze jours après, apparition d'un abcès pelvien qu'on ouvre par incision rectale.

Guérison.

OBSERVATION XI (*Résumée*)

(in *Thèse* de JAY-Y-RUIZ).

Appendicite aiguë datant de huit jours.

Péritonite généralisée, pus abondant, appendice perforé, en position abdominale.

Appendicectomie : drainage et méchage.

Cinq jours après, apparition de phénomènes occlusifs et dysuriques : altération de l'état général.

Dix jours après s'est constituée une collection prérectale qui est évacuée par incision, puis drainage.

Guérison un mois après.

OBSERVATION XII (*Résumée*)

(in TURNER : *The Practitioner* (1906).

Appendicite datant de douze jours chez un garçon de 10 ans.

Péritonite généralisée, appendice pelvien gangréné et perforé.

Appendicectomie, méchages et drainages du petit bassin.

Sept jours après, réintervention pour occlusion aiguë.

Douze jours après cette réintervention, aggravation de l'état général, sans signes généraux.

Constitution en quatre jours d'un abcès du Douglas qui s'ouvre spontanément.

Guérison.

OBSERVATION XIII (*Résumée*)

(in RICHARD et ASSELIN).

Appendicite datant de dix jours chez un enfant de 8 ans.

Péritonite généralisée, appendice accolé au cæcum.

Appendicectomie impossible : méchage et drainage.

Huit jours après, aggravation de l'état général, augmentation thermique et constitution au 12^e jour d'un abcès du Douglas : évacuation chirurgicale.

Le 15^e jour, apparition d'une occlusion intestinale complète : on intervient pour la 3^e fois et l'on pratique l'appendicectomie.

Mort sept jours après (au 22^e jour de la maladie).

OBSERVATION XIV (*Résumée*)

(in *Thèse* de VIGNES).

Appendicite aiguë opérée au 5^e jour chez une femme de 32 ans.

Péritonite généralisée, appendice libre mais gangréné.

Appendicectomie et méchage et drainage de la fosse iliaque droite.

Amélioration dans les huit jours qui suivent, puis résurrection thermique accompagnée de dysurie et de ténisme rectal.

Quatre jours après la collection très nette s'évacue spontanément par le rectum.

Guérison rapide.

OBSERVATION XV (*Résumée*)

(PAPIN : in *Thèse* de VIGNES).

Appendicite aiguë datant de trois jours chez une femme de 23 ans.

Péritonite généralisée, appendice rétrocaecal gangréné et perforé. Mèches et drains.

L'évolution, normale pendant cinq jours, s'aggrave jusqu'au 11^e jour; une collection se forme qui s'évacue spontanément par le vagin.

Guérison en un mois.

OBSERVATION XVI (*Résumée*)

(in *Thèse* de JAY-Y-RUIZ).

Appendicite aiguë datant de deux jours chez une femme de 20 ans.

Péritonite généralisée: appendice pelvien. perforé à son extrémité : appendicectomie : mèches et drains.

La température descend mal, et au 5^e jour remonte de 38° à 39°.

Le 9^e jour, évacuation spontanée de pus par le rectum.

Guérison en cinq semaines.

OBSERVATION XVII (*Résumée*)

(in LOCKWOOD).

Appendicite datant de trois jours chez une femme de 28 ans.

Péritonite généralisée, cæcum abcédé. Appendice accolé au cæcum et perforé. Appendicectomie et drainage.

Suites d'abord simples; petites fistules stercorales.

Treize jours après, réascension thermique et formation d'une collection du Douglas.

Colpotomie.

Guérison deux mois après.

OBSERVATION XVIII (*Résumée*)

(R. BEGOUIN, in *Thèse* de VIGNES).

Appendicite aiguë de quatre jours chez un homme de 22 ans.

Péritonite généralisée, appendice pelvien gangréné et perforé (calcul stercoral).

Appendicectomie, drains et mèches.

Le 6^e jour après ablation du drainage, réascension thermique.

Le 12^e jour, l'état général est altéré : tableau de suppuration chronique.

Le 20^e jour : tenesme rectal intense et au toucher rectal abcès du Douglas.

Un mois après, ponction du Douglas par le rectum, puis rectotomie.

Guérison rapide.

OBSERVATION XIX (*Résumée*)

(in *Thèse* de JAY-Y-RUIZ).

Appendicite aiguë datant de treize jours chez une fille de 13 ans.

Péritonite généralisée, appendice pelvien sphacélé et perforé.

Appendicectomie, drains et mèches.

Quinze jours après, syndromes d'obstruction intestinale et réascension thermique. Le toucher rectal montre la présence de l'abcès.

Incision rectale, drainage.

Guérison quinze jours après.

CONCLUSIONS

1° Dans cette thèse, nous avons eu en vue uniquement les abcès du Douglas survenus après appendicectomie pour appendicite aiguë opérée à chaud.

2° Ce sont des complications relativement peu fréquentes de l'appendicite aiguë puisqu'on les retrouve dans 2 % des cas : leur cause la plus nette est le retard apporté à intervenir. Le drainage en cours d'opération a également un gros intérêt.

3° La clinique en est simple et il suffira souvent d'y penser pour reconnaître leur présence.

Leur constitution se fait toujours de la même façon : c'est vers le 10^e jour qui suit l'appendicectomie que réapparaissent : une élévation thermique, des signes locaux, des signes dysuriques et d'obstruction intestinale parfois.

En huit à dix jours, l'abcès est constitué : le toucher rectal en fera facilement le diagnostic.

4° Le traitement comprend à considérer :

— le traitement prophylactique et c'est toute la question du drainage qui se pose : il faudra savoir qu'un drainage intempestif peut être dangereux, mais qu'un Mickulicz bien placé peut sauver bien des vies humaines.

- - le traitement curatif et en dehors de l'ouverture spontanée de l'abcès, il faudra parfois l'inciser chirurgicalement : ce que l'on fera en général par rectotomie.

Vu,

Le Doyen :

BAUDOUIN

Vu,

Le Président de Thèse :

QUENU

Vu et Permis d'imprimer.

Le Recteur de l'Académie de Paris :

G. GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

- AUVRAY. — A propos de Mickulicz. (*Bulletin de Chirurgie de Paris*, 13 juin 1926.)
- BEGOUIN. — A propos de Mickulicz. (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Bordeaux*, 14 octobre 1927.)
- Traitement de l'appendicite aiguë. (*Acta Medica latina*, novembre 1928.)
- BENETON. — Contribution à l'étude des appendicites pelviennes suppurées. (*Thèse de Paris*, 1921.)
- BERARD et PATEL. — *Revue de gynécologie et chirurgie abdominale* (1903).
- BONNEAU. — Drainage de l'appendicite à chaud. (*Presse Médicale*, 17 juin 1925, p. 804.)
- BOSS. — Ouverture de la vessie de suppuration d'origine appendiculaire. (*Leitsch für Milogische Chirurgie*, 1926, tome XX, pp. 215-221.)
- BROCA. — Les abcès pelviens de l'appendicite. (*Bulletin de Médecine de Paris*, 1937, tome XV, p. 589.)
- BUDZINSKAYA-SOKOLOVA. — Abcès de la cavité du Douglas. (*Revue de Chirurgie de Léningrad*, 1935, p. 112.)
- Abscess of Douglas Pouch. (*Vestnik*, 1935, pp. 203-207.)
- CADENAT et PATEL. — Le drainage en chirurgie. (*Rapport au Congrès de chirurgie de Paris*, 1927.)
- CHALIER. — Drainage dans l'appendicite aiguë. (*Rapport au Congrès de chirurgie de Paris*, 1926, p. 235.)

- DECOUX et PATOIR. — Les abcès résiduels après appendicectomie. (*Echo Médical du Nord*, 28 février 1937.)
- DUVAL. — Réflexions à propos de 752 cas d'appendicite aiguë opérés d'urgence. (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 25 mars 1931.)
- FAURE (J.-L.). — Le drainage de l'appendicite à chaud. (*Presse Médicale*, 7 octobre 1925.)
- Discussion sur la fermeture sans drainage des appendicites à chaud. (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 2 octobre 1920.)
- DE FOURMESTREFAUX. — Drainage dans les péritonites appendiculaires. (*Gazette des Hôpitaux*, 1908, p. 155.)
- GIRARD. — Traitement de l'abcès iléo-pelvien d'origine appendiculaire. (*Thèse de Paris*, 1922.)
- GRUNSFELD. — Abcès du Douglas. (Société de Gyn. et Obs. de Berlin, in *La Gynécologie*, janvier 1933.)
- GRUNSFELD et DORING. — Douglas abcezzess in der gravidité. (*Lent. f. Gynec.*, 11-3-35, pp. 575-578.)
- GUIBAL. — Occlusion intestinale d'origine appendiculaire. Son traitement. (*Presse Médicale*, 4 avril 1932.)
- GUINARD. — Les abcès pelviens d'origine appendiculaire. (*Revue générale de Clinique et Thérapeutique de Paris*, 1910, p. 449.)
- HALLOPEAU. — Discussion sur la fermeture sans drainage des appendicites à chaud. (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 27 octobre 1920.)
- HARTMANN. — Même référence, 10 novembre 1920.
- JAY. — L'abcès pelvien au cours de l'appendicite aiguë. (*Thèse de Paris*, 1921.)
- JAY-Y-RUY. — L'abcès pelvien, suite opératoire de l'appendicite à chaud. (*Thèse de Paris*, 1924.)
- KAUZAL (G.). — Etiology and therapy of abcess of Douglas Pouch. (*Bratiol. Lek. Lioty*, février 1933, pp. 104-108.)

LECÈNE. — Discussion sur la fermeture sans drainage de l'appendicite à chaud. (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 20 octobre 1920.)

LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale, t. III.

LOCKWOOD. — *Appendicitis abcess.* (Londres, 1906, p. 323.)

MAKSUD. — Du drainage dans les appendicites suppurées. (*Thèse de Paris*, 1929.)

MASANI. — Les indications du Mickulicz dans les appendicites à chaud avec péritonite. (*Société de Chirurgie de Marseille*, 1927.)

MATHIEU. — Occlusion intestinale d'origine appendiculaire. (*Bulletin de Chirurgie de Paris*, 5 mars 1924.)

MAYAT (U.S.) et GUIDINFINLINSHTEYN (E.-M.). — Abscess of Douglas pouch after appendectomy Soviet. (1933, pp. 520-529.)

MURATA. — Pour le relâchement du sphincter anal dans les abcès du Douglas. (*Dentit. Lettre f. chir.*, 11 mai 1935.)

NIEL. — La technique du tamponnement à la Mickulicz. (*Presse Médicale*, 22 mars 1925.)

OMBREDANNE. — Fermeture sans drainage des appendicites à chaud et des péritonites appendiculaires. (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 23 juin 1920.)

PAPIN. — Le Mickulicz en chirurgie abdominale. (*Rapport et Mémoires de la Société de Chirurgie de Bordeaux*, 25 novembre 1927.)

PAPIN. — Le Mickulicz en chirurgie abdominale. (*Bulletin au Congrès de Chirurgie de Paris*, 1927.)

PRIM (J.). — Consideraciones sobre los abscessos del Douglas de origen appendicular. (*Ars. Med. Barcelona*, décembre 1935, p. 484.)

RICHARD. — 24 observations, les péritonites appendiculaires. (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 21 octobre 1930.)

- SIERRO. — Le drainage dans les appendicites aiguës; étude de 286 cas de péritonites aiguës opérées à la clinique chirurgicale de Genève. (*Lyon Chirurgical*, mars-avril 1928.)
- SOUPAULT et SEILLE. — L'appendicite pelvienne. (*Revue de Chirurgie de Paris*, 1930, p. 177.)
- STUDEMAISTER (A.). — Der appendicitische Douglas abcess. (*Chirurg.*, 15 septembre 1936, p. 727.)
- TUFFIER. — A propos du drainage dans l'appendicite. (*Bulletin de Chirurgie de Paris*, 1^{er} décembre 1920.)
- TURNER. — *The practionner*, 1906, p. 208.
- VIGNES. — Les abcès post-opératoires du cul-de-sac du Douglas après appendicites opérées à chaud. (*Thèse de Bordeaux*, 1932-1933.)
- VILLARD. — Mode d'action et indications du Mickulicz. (*Société de Chirurgie de Lyon*, 3 février 1927.)
-



